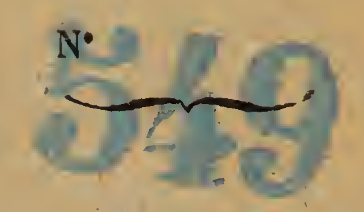
2

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure

Par Robert VINCENT

ANCIEN INTERNE DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE LA SEINE

Né à Bordeaux, le 15 décembre 1877

LES NÆVI ARTÉRIELS

DANS

LES MALADIES DU FOIE

Président : M. GILBERT, *Professeur.*

Juges : MM. POIRIER, *Professeur.*

VAQUEZ, LAUNOIS, *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1904

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure

Par Robert VINCENT

ANCIEN INTERNE DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE LA SEINE

Né à Bordeaux, le 15 décembre 1877

LES NÆVI ARTÉRIELS

DANS

LES MALADIES DU FOIE

Président : M. GILBERT, *Professeur*.
Juges : MM. POIRIER, *Professeur*.
VAGNEZ, LAUNOIS, *Agrégés*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.
ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA (Aug.).
BROCA (André).
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMELIN.
DESGREZ.
DUPRE.

MM.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.

MM.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
POTOCKI.
REMY.
RENON.
RICHAUD.
RIEFFEL, *Chef des travaux anatomiques.*
TEISSIER.
THIERY.

MM.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GILBERT

INTRODUCTION

M. le Prof^{r} Gilbert, qui nous a inspiré ce travail, a particulièrement étudié les modifications tégumentaires de toute nature produites par les états pathologiques du foie, et ses procédés d'exploration de la glande hépatique permettent aujourd'hui d'en déceler les moindres perturbations. Pour M. Gilbert, les nævi vasculaires et surtout les nævi artériels, qu'il appelait autrefois *étoiles vasculaires*, sont sous la dépendance directe d'un état hépatique.

Nous laisserons, ici, de côté tous les nævi pigmentaires ou pileux, nous réservant l'étude des seuls nævi vasculaires. Et nous n'insisterons même sur les nævi capillaires que pour les distinguer des nævi artériels, les seuls qui nous occupent.

Le but de ce travail est d'établir d'abord la nature artérielle des nævi que nous avons en vue, puis, de mettre en relief les liens qui unissent ces productions cutanées aux maladies du foie et de l'appareil biliaire.

Nous adressons à M. le Prof^{r} Gilbert, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent encore à M. le Dr Herscher, dont les précieuses indications nous ont été d'une extrême utilité, et à M. le Dr Lippman.

Nous sommes heureux d'avoir une occasion de témoigner notre profonde gratitude à M. le Dr Savariaud, chirurgien des hôpitaux et à M. le Profr agrégé Rémy, chirurgien honoraire de la Maison départementale de Nanterre.

Enfin, nous regrettons beaucoup qu'une série de circonstances nous ait empêché de suivre plus longtemps et plus assidûment, d'une part, le service de M. le Profr Déjerine, à la Salpêtrière, d'autre part, le service de M. le Dr Reymond, à la Maison départementale de Nanterre.

HISTORIQUE

Les nævi occupent une place importante dans la littérature médicale et ont été longuement décrits, étudiés et classifiés par les auteurs les plus compétents. Il suffit de citer J. Bell, Dupuytren, Cruveilhier, Rayer, Roux, Gerdy, Laboulbène, Broca, Virchow, Besnier et Doyon, Unna. Et cependant les divergences sont grandes entre les auteurs tant au point de vue de la structure des nævi qu'au sujet de leur étiologie dont on s'est d'ailleurs peu préoccupé. De là, une synonymie des plus riches qui augmente encore la confusion. D'une façon générale on admet aujourd'hui, suivant en cela les idées de Virchow, que les petits angiomes ou nævi sont formés aux dépens des vaisseaux capillaires et on rejette les distinctions entre tumeurs artérielles, capillaires ou veineuses.

Comme nous nous occupons spécialement des nævi à prédominance artérielle, nous passerons en revue ce qu'on a appelé à tort ou à raison nævi artériels. Avant J.-L. Petit, on ignorait même la nature vasculaire de ces formations et l'on ne pouvait songer à faire de pareilles distinctions.

Dupuytren attribuait à tous les nævi une constitution identique et les rattachait au tissu érectile ; pour Cruveilhier, le siège principal et primitif était toujours le système capillaire. Gerdy distingue des tumeurs artério-

capillaires et les mêmes avec dilatation des veines afférentes. Laboulbène va plus loin et sépare nettement les nævi saillants capillaires, artériels et veineux. Broca conserve ces distinctions mais voit surtout des nævi artériels et des nævi veineux. Virchow, nous l'avons vu, s'appuyant exclusivement sur l'étiologie, rejette ces classifications. Aujourd'hui, la plupart des auteurs, aussi bien chirurgiens que dermatologistes, nous citerons Quénu, Gauthier, Kaposi, Besnier et Doyon, s'accordent pour n'admettre que des modifications capillaires.

Et, en effet, les recherches histologiques, tant anciennes que modernes, ont toujours montré dans tous les angiomes cutanés, comme lésion principale, une dilatation plus ou moins considérable des capillaires accompagnée ou non de néoformation.

Laboulbène et Broca classaient parmi les nævi artériels des productions variant comme dimensions d'un grain de millet à une pomme et même une tête de fœtus, de couleur rouge, rouge cerise ou rosée, donnant à la palpation une certaine résistance élastique, revenant avec expansion à leur volume primitif et animées quelquefois de battements.

Broca avouait que l'histologie était incapable, à elle seule, de servir de base à une distinction de ce genre et s'appuyait surtout sur des caractères cliniques. Pour lui, les nævi rouges étaient artériels, les bleus veineux ; les nævi accompagnés de dilatations artérielles étaient artériels, ceux accompagnés de dilatations veineuses ; veineux. Broca considère les nævi artériels comme des complications des nævi capillaires ; les dilatations se transmettant des capillaires aux artères efférentes, ou

des capillaires de nouvelle formation devenant des artères. Evidemment ces auteurs ont rangé parmi les artériels des nævi capillaires, exclusivement capillaires, tels que ces petits nævi rouges que Bouchard appela plus tard « taches rubis ».

Quoique s'appuyant sur des faits cliniques, la classification de Broca est beaucoup plus théorique que pratique.

La plupart des auteurs n'ont voulu donner le nom de nævi, sous-entendant materni, qu'à des productions congénitales ; cependant Besnier et Doyon, Hallopeau ont affirmé que les nævi n'étaient pas toujours constatables à la naissance et pouvaient se manifester plus tard, même à l'âge adulte.

Besnier et Doyon ont, dans leur classification des nævi vasculaires, introduit un nouveau genre, les nævi télangiectasiques, ponctués, stellaires, ayant soin de les distinguer des productions analogues qui se développent au cours des affections du foie ou des cardiopathies.

L'étiologie de toutes ces affections morbides est excessivement obscure dans toute la littérature médicale. Nous ne parlons pas de l'influence des émotions morales chez la mère. On a invoqué l'hérédité, le sexe féminin, des vices de développement.

Certains auteurs, ayant surtout en vue les nævi capillaires, les ont considérés comme de « petites néoplasies, surtout fréquentes chez les vieillards » (H. Claude), croissant comme fréquence et comme nombre avec l'âge. On a parlé de leur coïncidence avec le cancer.

Le Prof^r Bouchard a particulièrement insisté sur les relations entre les nævi artériels et capillaires et les ma-

ladies du foie. Gaucher cite également dans ses *Leçons sur les maladies de la peau* les télangiectasies qui se développent au cours des maladies du foie et surtout des cirrhoses.

Léopold Lévi qui a constaté souvent, avec Hanot, des télangiectasies d'origine hépatique, les attribue aux troubles vaso-moteurs dus à l'hépato-toxhémie. Tout récemment, la question a été nettement posée, et aujourd'hui on admet généralement que les petits angiomes cutanés acquis, artériels ou capillaires, sont sous la dépendance des maladies du foie. Osler est très affirmatif.

Les travaux les plus importants publiés sur la question sont ceux de MM. Gilbert et Herscher, dans une communication à la Société de biologie le 31 janvier 1903 et de M. Henri Claude, à la Société médicale des hôpitaux, le 6 février 1903.

Ces auteurs sont parfaitement d'accord pour diviser les nævi cutanés et muqueux, à l'exemple de Bouchard, en deux variétés : nævi capillaires, sans auréoles, « taches rubis » de Bouchard, et nævi artériels, étoiles vasculaires de Gilbert, entourés d'une auréole de capillaires dilatés, se distinguant des premières par des caractères que nous exposerons plus loin.

Gilbert et Herscher, Claude, rattachent ces productions, surtout celles de la seconde variété, aux modifications de la glande hépatique ou de l'appareil biliaire.

Nous ferons de copieux emprunts au travail de M. Henri-Claude et surtout à la note de MM. Gilbert et Herscher dont notre étude n'est en quelque sorte que le développement.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES NÆVI ARTÉRIELS

Les nævi artériels se distinguent des autres productions cutanées par des caractères d'une extrême netteté, et, s'ils sont si mal connus, c'est que, quoique siégeant le plus souvent à la face, ils ne s'imposent nullement à l'attention et qu'il faut véritablement les chercher pour les découvrir.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer la description qu'en ont donnée MM. Gilbert et Herscher : « De contours mal délimités, ils sont formés de deux parties, l'une centrale, saillante, l'autre périphérique, plane et sensiblement circulaire, si bien que dans leur ensemble ils rappellent le mamelon avec son aréole. La partie centrale est constituée par une élevure violacée, plus ou moins saillante, de la dimension d'un grain de mil en général. La zone périphérique est formée de fines arborisations radiées, violacées elles aussi comme le centre, cheminant sur un fond rosé moins foncé que la région médiane ».

La coloration des nævi artériels est variable, du rouge vif au bleu violacé, et la partie centrale est toujours plus foncée que la périphérique.

Les différences de coloration qui avaient servi à affirmer la nature artérielle ou veineuse des nævi ne sont dues qu'aux dimensions ou à la structure des télangiectasies. Cette coloration, en effet, dépend uniquement de

la rapidité de la circulation, et on peut parfaitement concevoir, dans un nævus même parfaitement artériel, une dilatation vasculaire plus ou moins anfractueuse amenant une stase sanguine suffisante pour entraîner la désoxygénation. D'ailleurs, les nævi capillaires sont généralement très rouges, témoin ceux que Bouchard a surnommés « taches rubis ».

Nous citerons aussi la définition de M. Henri Claude. Les nævi artériels « apparaissent sous la forme de petites tumeurs faisant une saillie appréciable sur les téguments ou les muqueuses. Elles sont, en général, régulièrement arrondies, parfois lobulées, ou terminées par une ou plusieurs pointes. Leur coloration est rouge violacé, parfois brune. Elles sont entourées d'une auréole de capillaires variqueux, sinueux, confluents, bien distincts et assez rapprochés pour se fondre et donner une coloration rosée ou rouge à la peau. Cette auréole s'efface à la pression du doigt, tandis que le petit nodule reste saillant et ne change pas de coloration. Ces nævi ont un volume variable, mais, en général, ne dépassent pas la grosseur d'un petit pois et sont communément comparables à un grain de chénevis ou de millet. C'est dans les régions où se dessinent des varicosités capillaires à travers la peau amincie qu'il faut les chercher, et ils semblent bien souvent représenter le centre d'irradiation, en quelque sorte, des télangiectasies qu'on observe si fréquemment chez les cirrhotiques. »

Nous rapprocherons de ces descriptions celle que MM. Besnier et Doyon donnent de leurs nævi télangiectasiques, ponctués, stellaires : « Ils sont constitués par de petites productions d'un rouge vif, formant une touffe

centrale légèrement surélevée et de laquelle émergent en rayonnant des veinules dilatées qui se ramifient. Leur couleur pâlit sous la pression du doigt, augmente sous l'effort, comme celle des nævi vasculaires plans. Ils varient peu, tandis que certaines ramifications vasculaires disparaissent, d'autres se développent sur place. La nature nævique de ces petits angiomes est importante à connaître pour les différencier des télangiectasies secondaires que l'on observe au pourtour des cicatrices ou au voisinage des placards de lupus érythémateux ou encore au cours de certaines maladies organiques comme la cirrhose, etc. » (E. de Rist).

Les nævi décrits par Besnier et Doyon sont identiques à ceux que nous avons en vue ; même élevure centrale, mêmes télangiectasies radiées. Nous pensons qu'il s'agit d'une seule et même lésion, mais nous admettons que nos nævi artériels ne sont pas forcément ni même habituellement congénitaux. Le terme de nævus, qui veut dire *signe*, n'implique nullement, dans notre esprit, l'idée de congénitalité, et, à l'exemple de MM. Gilbert et Herscher et de M. Claude, nous joignons le qualificatif d'artériel, nous appuyant sur de fortes présomptions cliniques et sur des caractères histologiques suffisants.

Les dimensions des nævi artériels oscillent entre 1/2 centimètre de diamètre et 2 centimètres (nous parlons de la surface totale du nævus). Au-dessous, ils sont à peine perceptibles, au-dessus ils peuvent entrer dans la classe des tumeurs chirurgicales dont nous ne nous occuperons pas ici.

L'élevure centrale peut n'être pas perceptible au toucher et ne se traduire à la vue que par une simple tache

plus foncée que la périphérie. Ce sont les nævi jeunes et les nævi artériels des jeunes sujets qui ont cet aspect ; dans ce cas, la coloration est d'un beau rouge vif. Les nævi anciens et ceux surtout développés chez les sujets vieux sont, au contraire, nettement saillants et cette saillie atteint plusieurs millimètres de hauteur.

Lorsqu'on comprime avec le doigt un nævus artériel, il s'efface momentanément pour reprendre avec expansion sa coloration lorsqu'on le décomprime. De plus, la pulpe du doigt laissée en place, exerçant une légère pression, fait percevoir des battements isochrones avec ceux du pouls. Les battements peuvent encore être perçus lorsqu'on saisit l'angiome entre deux doigts. Cependant ces battements ne sont pas toujours perceptibles ; d'abord dans les tout petits nævi, mais alors le porteur peut les sentir lui-même à l'occasion d'un effort, d'une émotion ; ensuite dans ceux dont la partie centrale est très développée et bleue. Cette disposition, en effet, suppose une cavité relativement vaste, atténuant beaucoup l'effet de la systole cardiaque.

Siège. — Les nævi artériels siègent toujours aux parties élevées du corps, rarement à l'abdomen et au thorax, quelquefois aux membres supérieurs, mains, doigts, avant-bras ; leur siège de prédilection est sans contredit l'extrémité céphalique et surtout la face, front, joues, nez, pavillon de l'oreille, lèvres. M. Bouchard les signale au pharynx, au voile du palais, à la luette, sur les piliers et, dit M. Claude, « il serait intéressant de rechercher si des tumeurs érectiles de même nature ne se pro-

duiraient pas au niveau de la partie inférieure de l'œsophage ou de l'estomac.

Sur les 14 observations que nous avons pu recueillir, 13 fois les « étoiles » siégeaient à la face, 1 fois à la main, 1 fois à l'avant-bras en même temps qu'à la face. En ajoutant les cinq cas cités par Hanot et Léopold Lévi où les télangiectasies occupaient le front et la face, on voit que sur 19 cas les nævi siégeaient 17 fois exclusivement à la tête.

M. Gilbert a dessiné, en 1886, Marie M..., atteinte de cirrhose alcoolique et porteuse de 4 nævi artériels à la face (Obs. I). Le dessin que nous avons sous les yeux nous montre en quelque sorte le schéma des localisations des télangiectasies artérielles. Une des étoiles occupe le front, sur la partie médiane, un peu à droite, un autre est au voisinage de l'angle maxillaire inférieur droit, le troisième se trouve sur la paupière inférieure gauche, près de l'angle externe de l'œil, le quatrième enfin est sur la joue gauche, à la hauteur de l'aile du nez.

Le nommé D... (Obs. III), que nous avons vu dans le service de M. Gilbert, a sur face 7 nævi ainsi disposés : un au niveau du bord libre de la paupière inférieure droite, un au niveau de la pommette droite, un sur le menton, à droite, un à l'extrémité du nez, trois enfin assez rapprochés sur la pommette gauche. De plus, le malade qui a subi un examen rhinologique fait par M. Chatellier, à l'hôpital Saint-Joseph, porte une ulcération de la cloison du côté gauche, et à droite 2 régions très vasculaires de la dimension d'un grain de millet, siégeant sur le cornet inférieur droit.

Ce dernier point permet de supposer que les épistaxis, si fréquentes dans les affections du foie, ont souvent pour cause immédiate des télangiectasies étoilées de la muqueuse pituitaire, analogues à nos nævi artériels.

Nombre. — Autant les nævi capillaires, développés sur le tronc peuvent être nombreux puisqu'on en peut compter des centaines sur le même individu, autant les nævi artériels sont discrets. Généralement uniques, et alors siégeant à la face, ils peuvent cependant se montrer au nombre de 2, 3, 5, 8. Nous ne les avons jamais vus dépasser ce chiffre.

Fréquence. — Les nævi artériels semblent rares parce qu'on ne les cherche pas et parcequ'ils n'attirent pas l'attention. On voit souvent des porteurs de nævi artériels qui, avant l'examen du médecin, n'avaient jamais remarqué leur petite difformité. « La fréquence générale des nævi, disent MM. Gilbert et Herscher, est très considérable, mais bien différente est celle des nævi capillaires et celle des nævi artériels. Les premiers sont des productions presque banales que l'on note d'autant plus souvent qu'on examine des sujets plus avancés en âge, et tout médecin peut en noter des milliers de cas durant sa carrière. Les seconds sont relativement beaucoup plus rares, mais ils sont loin d'être exceptionnels, puisque l'un de nous, dont l'attention a été depuis longtemps déjà portée sur ce point, évalue à une centaine le nombre des cas qu'il a observés tant en ville qu'à l'hôpital, et puisqu'en quelques semaines, à propos d'une statistique dont nous donnerons bientôt les résultats, nous avons pu en

recueillir 7 observations ». Pour notre part, nous avons examiné, à la maison départementale de Nanterre, dans le but de trouver des nævi artériels, environ 150 sujets malades et bien portants, et nous avons noté 4 fois l'angiome artériel.

ÉVOLUTION

Nous n'avons point recherché les nævi artériels chez les nouveau-nés, mais nous savons qu'il en est de congénitaux. De plus, d'après la statistique, un tiers environ des enfants naissent avec des nævi (Depaul), qui disparaissent plus ou moins longtemps après la naissance. Il est permis de supposer que dans le nombre il existe des nævi artériels qui n'échappent pas à la loi commune.

Des causes mal connues donnent naissance, dans l'âge adulte, à des nævi artériels ou du moins les mettent en évidence. Une fois constitués et ayant atteint un certain développement, ils ont des tendances manifestes à s'accroître, cependant leurs dimensions restent toujours limitées quoi que l'on perçoive souvent à leur voisinage des artères dilatées et flexueuses. D'après cela, on est tout disposé à admettre qu'ils puissent être le point de départ des tumeurs cirsoïdes. Et, en effet, Terrier invoque comme cause locale fréquente un nævus vasculaire. Pour notre part, nous n'avons point eu l'occasion d'observer de telles complications.

Les nævi artériels peuvent s'atténuer et même complètement disparaître, du moins cliniquement.

La malade de Bouchard, dont Hanot et Gilbert ont rapporté l'observation, portait des nævi qui s'effaçaient avec l'amélioration de sa cirrhose et qui reparurent avec les aggravations successives. Notre malade (Obs. II) eut

2 nævi artériels qui disparurent en même temps qu'elle revenait à la santé.

Le plus souvent les nævi artériels restent stationnaires et ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel.

D'autres fois, ils s'accroissent, usent, à l'instar des anévrysmes les téguments, et alors sont la source d'hémorragies plus ou moins graves.

Les hémorragies se font de différentes façons ; tantôt c'est un simple suintement sanguin sans perforation de la paroi de la tumeur, tantôt c'est un véritable jet comparable à celui que donne un artère sectionnée, saccadé. La malade de Bouchard présenta « une série d'hémorragies remarquables par l'abondance de l'écoulement sanguin qui se faisait par saccades et avec une force de projection suffisante pour jaillir à distance, à la façon des hémorragies artérielles. La malade succomba à la suite d'une hémorragie survenue au niveau de l'œsophage, et qui déversa dans le tube digestif une quantité considérable de sang évaluée à 6 litres (H. Claude).

Gilbert et Herscher citent le cas d'un nævus artériel qui, par ses hémorragies abondantes et répétées, nécessita une intervention chirurgicale.

Nous avons vu dans le service de M. Gilbert, à l'hôpital Broussais, un malade porteur de 7 nævi artériels de la face, déjà traité en 1903 pour hémophilie et qui est considérablement anémié par des hémorragies fréquentes de ses nævi ainsi que par des épistaxis.

M. Claude cite le cas d'une femme atteinte d'un nævus artériel qui fut la cause d'une hémorragie abondante d'une durée de 4 heures, hémorragie qui se répéta les jours suivants.

On peut donc diviser les nævi artériels en congénitaux et acquis, les uns et les autres, mais surtout les seconds, peuvent se subdiviser en permanents et transitoires.

Nous supposerons que chez les uns la toxicité des vaisseaux momentanément affaiblie par une cause toxique est revenue à la normale avec la cessation de la cause, tandis que chez les autres se sont constituées des lésions dégénératives des parois incapables de rétrocéder.

STRUCTURE DES NÆVI ARTÉRIELS

Les coupes histologiques des tumeurs érectiles faites jusqu'alors ont montré d'une façon constante qu'il s'agissait soit de dilatation, d'allongement et de prolifération des capillaires cutanés, soit de formation, aux dépens de ces capillaires, de vastes cavités donnant à la tumeur les caractères du tissu caverneux. Mais, d'après les descriptions des auteurs, il est facile de voir que toujours les coupes portaient, tantôt sur de simples nævi capillaires plus ou moins étendus, tantôt sur des angiomes caverneux de dimensions relativement considérables. Cependant Quénu signale dans la structure de ce qu'il appelle les angiomes simples, une division en lobules. « On peut constater en effet, dit Quénu, à un faible grossissement, que la tumeur érectile est décomposable en îlots uniquement formés de vaisseaux capillaires et séparés les uns des autres par du tissu conjonctif ; à l'intersection de 3 ou 4 îlots, on aperçoit des espaces conjonctifs plus importants, véritables espaces interlobulaires (qui rappellent de loin les espaces portes hépatiques), et où sont situés les artérioles et veinules ; ces derniers vaisseaux sont anormalement dilatés et envoient des branches vers chaque lobule ».

Les télangiectasies que nous nommons nævi artériels n'ont, en somme, pas été étudiés quant à leur structure, avant Gilbert et Herscher et H. Claude.

Voici les descriptions histologiques qu'en donnent ces auteurs.

« Nous avons eu l'occasion, disent MM. Gilbert et Herscher, d'examiner histologiquement 3 de ces nævi artériels et nous comptons décrire, dans un travail ultérieur, leur structure minutieuse. Nous nous bornerons à indiquer ici qu'ils sont formés, du moins au centre, de vaisseaux conglomérés, de dimensions fort variables, offrant une lumière irrégulière, une paroi conjonctive, le plus souvent très épaisse, semée de noyaux et un endothélium gonflé, ovalaire ou globuleux, quelquefois même implanté perpendiculairement à la paroi et prenant ainsi l'aspect d'un revêtement cylindrique ».

« L'examen histologique d'un de ces nævi, dit d'autre part M. Henri Claude, nous a montré qu'ils sont constitués par du tissu conjonctif adulte, recouvert par la couche papillaire du derme non modifiée dans sa structure. Ils contiennent un certain nombre d'artérioles et de veines à parois épaissies, dilatées et surtout de vastes sinus de formes irrégulières, limités par une paroi fibreuse très mince, ou une simple membrane sur laquelle est appliquée un endothélium dont les éléments font une assez forte saillie ».

Nous avons eu l'occasion d'extirper sur le vivant une étoile vasculaire, malheureusement les coupes qui en ont été faites n'étaient pas suffisantes pour être dessinées et nous ne pouvons les reproduire ici. Ces coupes cependant mettent en évidence des capillaires plus ou moins dilatés, conglomérés et anastomosés, des veinules, et enfin des artérioles considérablement augmentées de volume.

« Le terme de nævi artériels, dit M. Claude, est mauvais au point de vue histologique ».

Nous pensons avec M. Gilbert que ce terme est justifié; même histologiquement, le fait pour ces angiomes d'être accompagnés de dilatations sérieuses ne nuit en rien à leur nature artérielle. Personne ne songerait à ne pas considérer comme artériels les anévrysmes cirsoïdes qui cependant s'accompagnent de dilatations veineuses aussi importantes que les dilatations artérielles.

Les coupes de nævi artériels, de plus, ont toujours porté sur des productions anciennes accompagnées, par conséquent, de lésions dégénératives considérables, susceptibles de masquer presque totalement la lésion primitive. Il faudrait que l'étude histologique portât sur des nævi récents ou, au moins à élevure centrale peu développée. Mais on conçoit la difficulté qu'il y a à extirper chez de jeunes sujets, à la face, des productions qui n'en sont ni douloureuses ni très apparentes et ne donnent généralement lieu à aucun phénomène grave.

Nous croyons utile néanmoins de mettre en relief les caractères cliniques capables d'affirmer la nature artérielle de nos nævi :

D'abord leur aspect extérieur, si différent de celui des nævi capillaire. Alors que ceux-ci, résultant des modifications de vaisseaux, tous égaux entre eux, se montrent comme une tache uniformément surélevée et colorée, à limites nettes, ceux-là ont des limites imprécises, s'atténuant à mesure qu'on s'éloigne du centre, c'est-à-dire de la région, pour nous artérielle, qui commande le petit territoire environnant.

Ensuite, c'est leur localisation presque exclusive en

des endroits où les artères sont remarquablement superficielles et sujettes aux troubles vaso-moteurs.

Enfin, ce sont les battements que l'on perçoit à leur niveau et surtout des hémorragies en jet saccadé auxquelles ils donnent naissance. Le nævus artériel que nous extirpâmes donna lieu, lors de la section de la partie médiane profonde, c'est-à-dire de ce qui semblait être le pédicule de l'angiome, à une hémorragie en jet saccadé relativement considérable, alors que la section des téguments aux alentours n'avait donné qu'un très léger suintement sanguin.

Nous ferons encore remarquer que les nævi artériels ne se développent jamais aux dépens des nævi capillaires, qu'il y a même une sorte d'antagonisme entre ces deux productions puisque les uns ont pour siège de prédilection le tronc et les membres, alors que les autres occupent presque exclusivement la face. Cela est bien en faveur d'une localisation primitive sur les artérioles.

ÉTIOLOGIE

Dans l'esprit de M. Gilbert, la présence des nævi capillaires et artériels, mais surtout de ces derniers, est intimement liée à des perturbations de la glande hépatique ou des voies biliaires.

Bouchard avait constaté la fréquence des nævi vasculaires de la peau dans les cirrhoses, Hanot et Gilbert avaient nettement remarqué les « étoiles vasculaires » de la peau, au cours d'une cirrhose alcoolique. Hanot et Léopold Lévi rapportent plusieurs observations de télangiectasies étoilées au cours de maladies du foie. Gaucher, Osler ont signalé la coïncidence remarquable de ces productions et des affections hépatiques ; « d'ailleurs les modifications des capillaires, les formations d'îlots télangiectasiques sont chose fréquente chez les hépatiques », (Charrin).

L'hérédité a une influence manifeste sur la formation des nævi artériels, et, en interrogeant les sujets qui en sont porteurs, on apprend fréquemment que leurs parents, leurs grands parents, leurs oncles et tantes, ou leurs frères et sœurs ou leurs enfants sont atteints de la même difformité. D..., qui fait l'objet de notre observation IV, offre un exemple typique de cette influence héréditaire : son grand-père paternel, son père, un oncle paternel portaient comme lui des « étoiles », son fils a un nævus artériel de la joue, une fille avait de fréquentes épistaxis.

Mais est-ce la lésion vasculaire qui se transmet et ne peut-on supposer que c'est, au contraire, de la morbidité hépatique que l'on hérite ?

Dans certains cas, l'influence de la lésion hépatique est indubitable, par exemple dans ceux que M. Bouchard signale, où les nævi disparaissent en même temps que s'améliore la maladie du foie tandis qu'ils renaissent avec le retour de la maladie. Cependant, H. Claude fait remarquer que les malades qu'il a observés étaient, en même temps que cirrhotiques, alcooliques et tuberculeux, et il se demande si l'intoxication alcoolique ou tuberculinique ne joue pas un rôle adjuvant dans l'apparition de ces néoplasies.

L'alcoolisme n'est certainement pas suffisant pour donner naissance aux nævi artériels, car si chez des alcooliques simples dont la peau est violette de couperose on ne voit jamais les télangiectasies se réunir pour former un vrai nævus artériel, en revanche, on voit des cholémiques non alcooliques, dont la face porte seulement quelques varicosités capillaires, atteints de nævi plus ou moins nombreux.

MM. Gilbert et Herscher sont très affirmatifs. « Les nævi artériels, disent-ils, sont nettement en rapport avec des affections du foie ou des voies biliaires, avec les cirrhoses alcooliques en particulier, mais nous avons pu les constater aussi dans les cirrhoses tuberculeuses, dans les cirrhoses biliaires et même dans la cholémie simple familiale (deux cas). L'origine de ces nævi, paraît de prime abord beaucoup plus obscure, mais pour qui sait dépister les maladies du foie et des voies biliaires par une enquête approfondie sur les antécédents personnels et

familiaux des malades, par l'étude de l'état fonctionnel du foie, par l'exploration anatomique de cet organe, de la rate, par la recherche enfin de la bile dans le sérum sanguin, les connexions de ces petites productions avec un état pathologique du foie ou des voies biliaires ne sont pas douteuses ».

Nous avons recueilli toutes les observations que nous avons trouvées concernant les nævi artériels ou du moins les angiomes que nous dénommons ainsi et nous avons toujours constaté qu'ils coexistaient avec des maladies du foie. D'un autre côté nous avons recherché systématiquement chez des personnes malades ou bien portantes les nævi artériels, puis chez les quelques sujets que nous avons pu rassembler, nous avons recherché les tares hépatiques. Dans tous les cas nous avons constaté soit un état du foie, soit une cholémie suffisants pour être mis en cause.

Disons tout de suite que nous considérons les nævi télangiectasiques, ponctués, stellaires de Besnier et Doyon comme identiques à nos nævi artériels. Ils répondent, en effet, exactement à la même définition, et si les nævi télangiectasiques ponctués, stellaires sont des productions congénitales, nous avons observé des nævi artériels congénitaux. La cholémie des parents, accompagnée de troubles vasculaires, est peut-être capable de produire chez les enfants les seuls troubles vasculaires.

Les nævi artériels sont le plus souvent acquis (ou s'ils existaient précédemment, ils n'étaient pas appréciables), et se développent alors généralement au cours d'une cirrhose alcoolique, mais d'autres affections du foie, comme nous l'avons vu, peuvent leur donner naissance, ainsi que Gilbert et Herscher l'affirment.

Nous donnons plus loin l'observation d'une jeune femme chez qui une légère poussée congestive du foie accompagnée de subictère, mit en évidence deux nævi artériels qui disparurent avec les troubles hépatiques.

Le nævus artériel de M. C... (obs. XV) est certainement le plus typique que nous ayons rencontré. Or, ce nævus n'a pas plus de cinq ans de date (là-dessus, M. C... est des plus affirmatifs), et s'est montré à la suite d'une fièvre typhoïde. Nous ignorons si ce malade était cholémique avant sa maladie; quoique son hérédité tende à le faire croire, mais, aujourd'hui nous sommes sûrs qu'il l'est devenu, car, en dehors des altérations tégumentaires qu'il porte, le dosage de la bilirubine dans son sérum a donné une proportion de 1 pour 30,000, chiffre supérieur à la normale. Le procédé de dosage employé a été celui de MM. Gilbert, Herscher et Posternack. Ce procédé consiste dans une série de dilutions du sérum à examiner dans un sérum fabriqué exempt de pigments et dans la recherche de la réaction de Gmelin limite dans ces sérums différemment dilués.

Dans l'observation de MM. Hanot et Gilbert (obs. I), nous voyons des étoiles vasculaires qui se sont développées au cours d'une cirrhose alcoolique et s'atténuaient, disparaissaient et reparaissaient suivant l'état hépatique de la malade.

M. V... (obs. XIII), atteint de cirrhose confirmée depuis deux ans environ a vu, il y a deux mois seulement, un nævus artériel naître sur son front.

M. R... (obs. VI), alcoolique et cholémique, est atteinte depuis six mois seulement d'un angiome artériel, siège d'hémorragies abondantes.

Dans tous ces cas le rapport de causalité entre l'altération hépatique et le trouble vasculaire ne paraît pas douteux. Sur ces cinq malades, trois seulement sont alcooliques, les deux autres sont absolument indemnes d'alcoolisme et on voit que chez les premiers c'est au cours de la maladie du foie que se sont développés les nævi. Cependant ils étaient alcooliques avant de devenir cirrhotiques.

Pour les autres malades, nous ne savons pas s'il s'agit de nævi acquis ou congénitaux, les observations ne nous renseignant pas à ce sujet ou les malades ne le sachant pas eux-mêmes, mais nous voyons que dans tous les cas on peut relever une altération de la glande hépatique ou une intoxication biliaire.

Dans l'observation II, il s'agit d'un malade atteint de cirrhose alcoolique hypertrophique, tuberculeux, à antécédents cholémiques chargés qui porte des nævi capillaires du tronc et deux « étoiles vasculaires » de la face.

M. X... (obs. IV) a eu la jaunisse dans sa jeunesse et est un type de cholémique familial.

L... (obs. XII), qui portait le nævus que nous avons enlevé est atteint de néphrite chronique, son urine contient en outre de l'albumine, une notable quantité d'urobiline. Nous savons, depuis les travaux de MM. Gilbert et Herscher, que l'urobiline est fabriquée par le rein, aux dépens de la bilirubine et traduit par conséquent la cholémie, et, d'autre part, que la néphrite interstitielle peut donner naissance à une cholémie accentuée.

D... (obs. XIV) est un vieillard artério-scléreux, dont le sérum contient une forte dose de bilirubine (1 pour 18,000).

Chez l'enfant H... (obs. X), quoique son nævus paraisse congénital, nous trouvons du paludisme, un gros foie et une grosse rate.

D... (obs. V) est atteint de cirrhose.

Mme R... (obs. VI) est une tuberculeuse, alcoolique et cirrhotique.

Dans l'observation VI, nous trouvons encore de l'alcoolisme et de la cholémie ; dans l'observation VII, alcoolisme et cirrhose atrophique.

En ajoutant les cinq cas, cités par Hanot et Léopold-Lévi, de nævi artériels chez des cirrhotiques alcooliques, trois cas rapportés par M. Edgard Hirtz à la séance du 6 février 1903, de la *Société médicale des Hôpitaux*, nous arrivons à un chiffre de vingt-trois cas dont il est possible de tirer un commencement de statistique.

Sur vingt-trois cas, donc, de nævi artériels, treize fois nous trouvons une cirrhose presque toujours alcoolique, dix fois nous trouvons une intoxication biliaire passagère ou chronique, et sur ces dix cas nous relevons la cholémie familiale simple, deux fois la cholémie alcoolique, une fois la cholémie d'origine infectieuse probable, une fois la congestion du foie avec ictère et albuminurie post-puerpérale, une fois la cholémie liée à une néphrite chronique, une fois la cholémie chez un artério-scléreux, enfin, une fois le paludisme avec gros foie et grosse rate.

D'après ces chiffres, il semble que les « étoiles vasculaires » sont produites dont 56,5 pour 100 des cas par la cirrhose et dans 43,5 pour 100 des cas par une altération du foie ou des voies biliaires sans cirrhose, mais cela tient à ce que, dans la plupart des observations

recueillies chez les auteurs, on a étudié précisément les nævi artériels à propos des cirrhoses. Nous avons recherché, au contraire, les nævi artériels d'une façon systématique et nous avons ensuite recherché les altérations hépatiques. Or, sur les huit observations personnelles que nous publions, sept fois nous avons constaté une affection hépatique sans cirrhose cliniquement appréciable, une fois seulement nous avons trouvé une cirrhose alcoolique nette, ce qui est de nature à modifier totalement le pourcentage établi plus haut.

La pathogénie des « étoiles vasculaires » est certainement beaucoup plus obscure que leur étiologie.

Est-elle la même que celle des nævi capillaires ? Les pigments biliaires agissent-ils directement sur les parois vasculaires ? Comment expliquer la prédominance des modifications artérielles à l'extrémité céphalique et surtout à la face ?

Les troubles circulatoires causés par les maladies du foie et l'intoxication biliaire sont chose connue. Le foie, dit Ch. Livon, est une glande hypotensive, et, pour Chauffard, « la pression artérielle des ictériques, malgré les apparences de plénitude de pouls, est abaissée ». Dans les cirrhoses alcooliques, le cœur est faible, le pouls mou et souvent en hypotension. MM. Gilbert et Garnier ont attiré l'attention sur cette hypotension qui peut aller à 13 et 10 centimètres de mercure. Les cirrhoses biliaires donnent lieu à des phénomènes d'asthénie cardiaque avec pouls petit et mou, irrégulier.[1] Les expériences de De Bruin, faites suivant la méthode de Stokvis, au moyen de circulation artificielle dans le cœur de la grenouille ont montré l'influence de la bile sur le cœur et

la circulation. La bilirubine ralentit les pulsations cardiaques puis les accélère, mais en maintenant la pression abaissée ; le taurocholate de soude ralentit le pouls ; le glycocholate l'accélère mais produit surtout de l'hypotension.

Mais cette hypotension est due pour une grande part à une vaso-dilatation périphérique, d'où dérivent les hémorragies des muqueuses et de la peau si fréquentes dans les maladies de foie : épistaxis, purpura, hémorragies rétiniennes, hémorragies stomacales (Debove et Courtois-Suffit), télangiectasies, nævi hémorragipares. L'extrait de foie sain est dilatateur des vaisseaux, dit Bouchard.

Pour Léopold-Lévi, les étoiles artérielles sont dues à des troubles vaso-moteurs. Il est certain que leur localisation principale à la face où les artérioles sont excessivement nombreuses et où le système vaso-moteur est particulièrement développé, plaide fort en faveur de cette manière de voir.

Ne pourrait-on comparer les nævi artériels à de petits anévrysmes cirsoïdes et leur donner, par conséquent, une pathogénie semblable ? Ne voit-on pas, d'ailleurs, l'anévrysme cirsoïde naître aux dépens du nævus artériel ? N'ont-ils pas sensiblement la même forme, le même siège de prédilection et enfin les mêmes caractères histologiques, larges communications capillaires, dilatations plus ou moins considérables des artères, dilatations concomitantes ou consécutives des veines ? Pour Bilroth, l'anévrysme cirsoïde a pour cause une paralysie des parois musculaires. Heine l'explique par la tension exagérée par suite d'une gêne circulatoire

amenant la dégénérescence des parois, mais Broca donne une tout autre interprétation. Pour lui, le phénomène initial est la facilité plus grande de circulation, d'où la diminution de la tension et la non utilité de la membrane moyenne qui s'atrophie, amenant une dilatation du vaisseau. « Ce n'est pas parce que la pression est augmentée, dit Broca, que les artères se dilatent, mais parce que la résistance de leurs parois est diminuée, et il n'est pas nécessaire d'expliquer le fait pour constater que la nutrition régulière des parois artérielles exige une certaine pression au-dessous de laquelle elles deviennent le siège d'une sorte d'atrophie. »

Nous appuyant sur l'autorité de Broca, nous sommes donc tentés d'attribuer comme cause à la production des nævi artériels une vaso-dilatation amenant une diminution de la pression sanguine qui, elle-même, favorise la dilatation artérielle ; et nous supposerons le processus suivant : intoxication biliaire, vaso-dilatation surtout active au niveau de la face, larges communications entre les artères et les veines, néoformation de capillaires, facilité plus grande de la circulation, diminution de la pression intra-artérielle, dilatation des artères et des veines, dégénérescence de leur tunique musculaire, épaississement de leur tunique conjonctive.

La malade de MM. Hanot et Gilbert, qui fait l'objet de notre observation n° I, présentée plus tard par M. Bouchard, considérablement affaiblie par des hémorragies répétées et abondantes, dont la tension artérielle, par conséquent, ne pouvait être qu'amoindrie, présentait néanmoins dans les dernières années de sa vie un éréthisme vasculaire tel qu'on percevait « des battements

isochrones au pouls, perceptibles par application de la main sur la peau, au niveau des régions en contact avec une surface résistante (malléoles, olécranes, os malaires). »

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Cirrhose alcoolique. — Nœvi artériels.*

(Obs. IV in Hanot et Gilbert).

La nommée M... (Marie), âgée de 30 ans, domestique chez un marchand de vins, entre le 7 janvier 1886 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Mathilde, n° 18, dans le service de M. le Profr Bouchard.

Antécédents. - Père âgé de 88 ans, bien portant. Mère morte en couches. Un frère mort à 3 semaines; une sœur morte à 1 mois. 5 sœurs vivantes et bien portantes.

M... est employée comme domestique chez un marchand de vins depuis l'âge de 16 ans. A 18 ans, elle a une jaunisse qui aurait duré 3 semaines. A 26 ans, elle a eu une affection de la peau pour laquelle elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis où on lui a administré du sirop d'iodure de fer et des bains sulfureux. Elle n'a pas eu la syphilis ni d'accidents paludéens. A 28 ans, M... a remarqué que son ventre augmentait de volume. Ses règles en même temps se sont supprimées. Elle a cru qu'elle était enceinte.

A 29 ans, ses jambes enflaient le soir, après un travail excessif et désenflaient le matin.

Etat de la malade le 2 mars 1886. — Elle a maigri, dit-elle, dans des proportions peu considérables.

Les téguments ont une coloration terreuse. Les conjonctives sont très faiblement jaunâtres. La face inférieure de la langue n'est pas nettement teinte en jaune. Sur la joue, plus particulièrement au niveau des pommettes, existent de petites dilatations variqueuses. En certains points, ces dilatatations s'agglomèrent pour former des taches érectiles, véritables *étoiles vasculaires.* On en distingue quatre principales : l'une sur la partie médiane du front, l'autre à

l'angle maxillaire inférieur, la troisième au niveau de la pommette gauche, la quatrième au niveau de la queue du sourcil gauche. Sur les membres, on ne découvre qu'une seule tache, qui se rapproche des taches observées sur la face ; elle occupe l'avant-bras gauche. Ces taches sont arrondies, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, formées de capillaires radiés, convergeant vers la partie centrale de la tache où existe une saillie de la dimension d'une lentille. Les membres inférieurs, légèrement œdématiés, sont marbrés de taches brunâtres.

Le ventre est énorme ; il mesure 117 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Celui-ci n'est point saillant. Dans la région sous-ombilicale du ventre principalement, et sur les parties latérales, existent des vergetures et éraillures très nombreuses, analogues à celles qu'on observe chez les femmes enceintes. La peau est sillonnée de petites veines variqueuses, qui lui donnent une teinte violacée. Elle est de plus sillonnée par d'énormes veines bleues longitudinalement dirigées et anastomosées entre elles. Ces veines sont au nombre de 6 principales, 5 antérieures et 1 postérieure. Les antérieures s'étendent du pli de l'aine à la région sous-claviculaire ; 3 d'entre elles situées à droite de la ligne médiane, plus volumineuses que celles du côté gauche, s'anastomosent avec les veines de la mamelle formant à la surface du sein droit des dilatations considérables. De ces dilatations partent des branches, dont les unes se rendent vers le creux axillaire, s'enfoncent profondément dans les tissus où il est impossible de les suivre et dont les autres, au nombre de deux, suivent l'une le deuxième espace intercostal, l'autre le troisième jusqu'au bord droit du sternum où elles disparaissent brusquement en perforant les muscles intercostaux. La veine du troisième espace, dont le diamètre est de 8 millimètres environ, s'affaisse à chaque inspiration pour devenir turgescente à chaque expiration. L'unique veine postérieure importante, du calibre d'une plume de corbeau, est placée à droite de la ligne médiane, dans la région lombaire ; comme dans les veines antérieures, le sang y progresse de bas en haut, bien que la circulation puisse s'y effectuer dans les deux sens.

L'abdomen est mat dans toute son étendue, sauf dans la région

de la grosse tubérosité de l'estomac où on retrouve un peu de sonorité. La fluctuation est évidente. A la percussion, on perçoit en certains points, surtout dans la zone culminante du ventre, un frémissement de tous points comparable au frémissement hydatique.

La limite supérieure du foie correspond sur la ligne mamelonaire droite au troisième espace, la limite inférieure ne peut être précisée. Il est de même impossible de se faire une idée des dimensions de la rate. La langue est rouge. Appétit conservé, pas de diarrhée. Les urines sont peu abondantes ; depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, leur quantité oscille entre 200 et 450 cent. cubes par 24 heures. Elles laissent sur les parois du vase un dépôt qui les colore en rose. Elles contiennent une grande quantité de pigment rouge brun et des traces de biliverdine. Quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, en répétant l'expérience de Cobrat, on a pu constater qu'une certaine quantité de sucre passe dans l'urine. Au contraire, les peptones administrées à deux reprises, à la dose de 20 grammes ne passent pas dans l'urine.

A l'examen des poumons en avant, murmure vésiculaire d'intensité exagérée et quelques râles sous-crépitants fins. En arrière, mêmes signes dans les fosses sus et sous-épineuses. Matité et abolition du murmure vésiculaire, depuis la pointe des omoplates jusqu'à la base de la poitrine.

Sommeil agité, cauchemars, tremblements des mains, pituites le matin. D'ailleurs alcoolisme avéré et invétéré ; la malade buvait depuis de longues années plus de 2 à 3 litres de vin par jour et une absinthe avant chaque repas.

Traitement. — Lait et œufs. Calomel à la dose de 0,01 à 0,02 par jour.

Du *2 mars* au *20 mars*. — La quantité des urines augmente : elle oscille entre 500 et 800 cent. cubes. Après addition d'acide azotique, elles offrent une teinte acajou très marquée.

20. — Une ponction est faite, qui donne issue à 22 litres d'un liquide qui, par le repos, laisse déposer une petite quantité de fibrine.

Immédiatement après la ponction, l'examen du foie et de la rate fournit les résultats suivants :

Le bord antérieur du foie déborde le rebord costal. Il est dur et mousse. Son extrémité gauche s'enfonce sous le rebord costal gauche au voisinage de l'union de ce rebord et de l'appendice xiphoïde, descend jusqu'à la ligne médiane selon une ligne oblique qui se rapproche de l'horizontale ; puis il forme avec sa direction primitive un angle obtus en bas et à gauche, suit une direction intermédiaire à l'horizontale et à la verticale jusque sur la ligne mamelonnaire, se relève alors obliquement, dirigé en haut et à droite sur une longueur de quelques centimètres. Il forme ensuite un angle aigu ouvert en bas, et enfin décrit une courbe à concavité supérieure, avant de s'enfoncer sous le rebord costal droit sur la ligne axillaire.

La surface du foie que l'on peut palper au-dessous du rebord costal n'est pas absolument lisse : au niveau du creux épigastrique et à droite de cette région, elle offre deux saillies arrondies.

Sur la ligne mamelonnaire droite, la submatité du foie commence en haut, au troisième espace intescostal de la matité au quatrième. Le foie déborde le rebord costal de 9 centimètres. Il présente aussi une hauteur totale de 22 centimètres.

Sur la ligne xiphoïdienne, la limite supérieure du foie est située à 6 centimètres au-dessus de l'appendice, la limite inférieure à 4 centimètres au-dessous. Il offre ainsi une hauteur totale de 10 centimètres.

Sur la ligne axillaire droite, la limite supérieure du foie répond au septième espace. La limite inférieure est placée à 1 centimètre au-dessous du bord libre des côtes. La hauteur est de 14 centimètres. La rate déborde le rebord costal de 8 centimètres. Elle est dure. Ses bords sont mousses. La limite supérieure de la matité splénique commence à 9 centimètres du rebord costal. La longueur totale est donc de 17 centimètres. Dans le sens antéro-postérieur, elle parait mesurer 11 centimètres.

Les veines tégumentaires abdominales sont moins gonflées qu'avant la ponction.

23 avril. — Deuxième ponction donnant issue à 17 litres de liquide.

16 mai. — Gingivite qui entraîne la suppression du calomel.

12 juin. — Troisième ponction faite sur la demande pressante de la malade. On retire seulement 1/2 litre de liquide.

La gingivite ayant disparu, reprise du calomel.

15. — On administre à la malade 120 grammes de sirop de sucre à 8 heures du matin. A partir de l'ingestion du sucre, les urines sont recueillies d'heure en heure.

Celles de 8 heures et de 9 heures ne contiennent pas de sucre.

Celles de 10 heures donnent une très belle réduction de la liqueur de Fehling.

Celles de 11 heures ne contiennent pas traces de sucre.

Du *15 juin 1886* au *1er février 1887*, l'état de M... a été s'améliorant peu à peu. A cette époque elle a été perdue de vue par M. Gilbert qui avait recueilli l'observation en 1886, étant interne de M. Bouchard.

En 1889, à la Société clinique, M... a été l'objet d'une note de M. Bouchard sur le souffle splénique. Actuellement, en 1890, M... est encore à l'hôpital Lariboisière. Nous tenons de M. le Profr Bouchard que, depuis 1886, aucune ponction n'a plus été nécessaire, que la circulation tégumentaire abdominale s'est affaissée, que les *étoïles vasculaires* de la face ont disparu et que le foie a un peu diminué de volume.

Obs. II. — *Cirrhose hypertrophique alcoolique. — Tuberculose secondaire. — Nœvi artériels.*

Obs. XXVI, in thèse de Ludovic Michel. Paris, 24 juillet 1902).

M. A... B., 46 ans, entré le 28 mai, salle Lasègue, n° 29, à l'hôpital Broussais, dans le service de M. le Profr Gilbert.

Antécédents héréditaires. — Il affirme que son père, sa mère, ses 9 frères et ses 2 sœurs ont le teint jaune brunâtre. Sa femme a également la peau brune mais elle « est moins mulâtre que lui ». Il a 8 enfants dont la peau est également teintée,

Etat actuel. — Le malade est atteint d'une cirrhose hypertrophique du foie : cet organe s'étend, en effet, du quatrième espace intercostal à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire. Cette cirrhose est certainement d'origine éthylique, car le malade buvait en moyenne 2 litres de vin, 1 verre de rhum et 4 à 5 absinthes par jour. Elle a déterminé une ascite mobile qui s'est produite après son entrée dans le service et qui a nécessité des ponctions : le 15 février, le 3 avril et le 5 juin 1902. On a retiré chaque fois 4 lit. 1/2 à 5 litres d'un liquide clair, jaune verdâtre, de teinte moyennement foncée.

Ce malade présente une coloration jaune brun des téguments ; cette teinte généralisée est beaucoup plus marquée au niveau de la face, des mains et des parties génitales. La mélanodermie est aussi très exagérée aux points où la peau a été irritée. C'est ainsi que les points où ont porté les ponctions sont devenus presque noirs. Des taches brunes beaucoup plus sombres que le reste des téguments, marquent aussi sur l'abdomen la place où a été versé le collodion. Elles sont de forme irrégulière, nombreuses et d'assez grandes dimensions.

Le malade assure que son teint devient beaucoup plus foncé pendant les grandes chaleurs, particularité qui ne se produit pas chez sa femme, ni chez ses enfants, mais qui existerait chez certains de ses frères.

Ce malade présente en outre des nævi vasculaires disséminés sur la partie antérieure du thorax. Il avait en outre deux *étoiles vasculaires* sur le front, elles ont été excisées au mois de février.

Les urines contiennent de l'urobiline et des pigments biliaires, ces derniers en grande abondance. Elles sont très légèrement albumineuses.

D'autre part, ce malade présentait à son entrée des signes de tuberculose aux deux sommets ; il a eu une pleurésie et un abcès froid costal. Mais cette infiltration tuberculeuse semble actuellement enrayée, car la pleurésie ponctionnée ne s'est pas reproduite et les râles sous-crépitants des sommets ont disparu, laissant seulement une inspiration rude.

OBS. III (Recueillie par M. RAILLIET, externe de M. GILBERT). — *Cholémie familiale. — Nœvi artériels hémorragipares.*

D..., comptable, âgé de 62 ans. Entre le 19 mai 1904 dans le le service de M. le Prof^r Gilbèrt, à l'hôpital Broussais, salle Lasègue, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 40 ans, d'une paralysie du larynx (?) après une année au moins de dysphagie qui amena inanition et amaigrissement considérable. D'après un portrait, ce père aurait eu des taches dans la figure. Mère âgée de 82 ans n'a jamais eu la moindre maladie.

Un oncle paternel mort à 70 ans avait d'abondants nævi, disséminés sur la face, le cuir chevelu et le reste du corps. Vers 60 ans, il commença à souffrir de fréquentes et abondantes épistaxis, il s'amaigrit progressivement, prit une teinte jaune d'hémorragique, absolument comme notre malade qui, au dire de sa mère, est sur « le même chemin que son oncle ».

Cet oncle a une fille, âgée de 50 ans actuellement, qui est forte, obèse, très colorée et qui est également sujette aux épistaxis. Elle a eu 7 enfants dont quelques-uns sont morts. Les autres vivants sont mariés, ont des enfants, dont le malade ne peut préciser l'état de santé.

Le malade a en outre entendu dire que son grand-père paternel aurait présenté les mêmes accidents que son oncle et que lui-même nævi abondants et épistaxis ; « il tient de famille », dit-il.

Le malade a été marié. Sa femme est morte à 41 ans de congestion pulmonaire. Elle était plutôt nerveuse.

Il a un fils, actuellement soldat, qui est très coloré, et présente un nævus à la joue gauche.

Sa femme a eu en outre, une grossesse gémellaire qui s'est terminée par un accouchement prématuré, à 7 mois. Les deux enfants, des garçons, sont morts tous deux après 2 ou 3 jours de couveuse.

Auparavant, le malade avait eu d'une autre femme, une fille de

santé délicate, qui, assez robuste durant l'enfance, est devenue fort anémique de l'époque de la puberté jusqu'à son mariage (15 à 20 ans) ; pendant cette période, elle eut en effet d'abondantes épistaxis, tandis que la menstruation s'effectua assez irrégulièrement.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 9 ans. Engagé à 17 ans aux zouaves à Constantine, malgré l'avis du major qui le trouvait trop faible de constitution. Il était grand et maigre mais fort néanmoins.

Reste 3 ans en Algérie, 3 ans au Mexique où il fut atteint de paludisme léger, au débarquement.

Il ne présenta de nouvel accès que revenu en France, 6 ans après environ. Depuis lors, le malade avait une crise de fièvre quarte tous les ans vers le mois de juillet, jusqu'en 1903.

En 1870, étant à l'armée de l'est, en Suisse, il fut atteint du typhus (3 mois de maladie).

Jusqu'en 1894, le malade ne présente aucun accident pathologique autre que ses accès de fièvre quarte, et de temps en temps une épistaxis peu abondante, une par mois au plus depuis l'âge de 20 ans, environ. En 1894 le malade est tenu au lit pendant 3 mois par douleurs musculaires des membres gauches.

Vers 1897, lors d'un accès de fièvre paludéenne, une hématurie sans douleurs, la seule que le malade ait eue.

En février 1903, le malade est pris, un matin, de malaise, il se sent les jambes molles, puis, un quart d'heure après, survient une épistaxis très abondante et de longue durée, qu'il évalue facilement à deux litres. L'hémorragie fut assez rebelle au tamponnement et aux applications d'antipyrine : le malade dut se reposer pendant une dizaine de jours, avant de pouvoir travailler.

Une quinzaine de jours après, le malade a une petite hémorragie, au niveau d'un petit nævus qu'il a sur le milieu du bord libre de la paupière inférieure droite ; quinze jours après cet accident, en mars, nouvelle épistaxis, moins abondante que la première. Le sang était plus « gras ». A partir de ce jour les épistaxis se renouvelèrent plusieurs fois par semaine surtout le matin et la

nuit. En outre, les nævi de la face et ceux du bras gauche se rompirent et causèrent de petites hémorragies insidieuses parfois en jet.

Le malade entre chez M. Œttinger au mois de décembre, y reste un mois pendant lequel il fut traité pour hémophilie ; le 4 janvier il partit assez amélioré à Vincennes. Là il fut repris de ses hémorragies et on lui donna du sirop de perchlorure de fer.

En février, il recommence à travailler jusque fin avril.

Le mardi 17 avril, le malade vient à la consultation, parce que la veille il s'était senti très affaibli à la suite d'une épistaxis plus abondante que de coutume.

En même temps, à 4 heures de l'après-midi, était survenu une petite hémorragie en jet, au niveau du gros nævus artériel de la joue ganche.

En outre, le malade fut atteint d'étourdissements et de grande faiblesse des jambes.

Mercredi, le malade voit revenir ses hémorragies, ce qui le décide à entrer à l'hôpital le lendemain 19.

Etat actuel. — Le malade qui est de taille assez grande (1^m 74), se présente sous l'aspect d'un homme amaigri : (il a perdu 50 livres dans l'espace de 15 mois). Ses téguments ont une teinte générale jaune assez accentuée. La face qui était autrefois très colorée, a conservé à peine une légère coloration rose au niveau des joues, qui sont sillonnées de varicosités ; celles-ci sont forts marquées au niveau des ailes du nez.

Il existe à la face un certain nombre de nævi, de couleur pourpre pour la plupart, quelques-uns sont plus rouges, de dimension variant d'une tache ponctiforme à une lentille ; ils ont des contours mal délimités, se continuent à la périphérie par des varicosités qui leur donnent un aspect étoilé.

Quelques-uns, celui de la joue en particulier, qui est le plus volumineux et celui de la pointe du nez, sont animés de battements que le malade sent fort bien et qui sont synchrones au pouls. Le malade constate qu'il se forme chaque jour de nouvelles étoiles, il les a toutes vu venir, mais il ne peut préciser exactement à quelle époque elles ont commencé à apparaître.

Sur les membres : 2 à la face externe de l'avant-bras gauche, sur le 1/3 supérieur, saillants, rouges plus vif, nettement délimités, non pulsatiles.

Sur le bras gauche, un petit papillonne, vers le pli du coude.

Le thorax est mal conformé, le sternum un peu bombé, la pointe de l'appendice xiphoïde est hypertrophiée, les flancs sont aplatis.

Il existe 2 nævi presque symétriques à 4 travers de doigt au-dessus du mamelon, un autre se trouve sur le flanc droit.

En outre, beaucoup de petits nævi ponctiformes sont disséminés sur la poitrine, tant en avant qu'en arrière.

Nævi pigmentaires dans le dos, particulièrement sur le flanc droit, couvert de poils.

A la partie supérieure du thorax et à la nuque, quelques taches de vitiligo et des taches pigmentaires.

Il existe encore quelques taches pigmentaires, quelques nævi pigmentaires sur le reste du tronc et membres inférieurs.

Les membres inférieurs sont semés de varicosités.

A noter enfin une pointe de hernie inguinale droite.

L'examen de l'appareil circulatoire montre que le cœur bat lentement. Le malade dit avoir souvent des palpitations après ses hémorragies ou simplement quand il se met en décubitus latéral gauche.

Le pouls est fort, régulier, lent, il bat à 64.

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Rien du côté de l'appareil digestif.

Le foie déborde les fausses côtes de 1 à 2 travers de doigt, on sent son bord antérieur tranchant plus nettement que normalement.

Rien de spécial au point de vue du système nerveux, si ce n'est un engourdissement, un refroidissement facile des extrémités. De plus, le sommeil est très léger ; depuis 7 ou 8 mois le malade dort très peu.

La vue est brouillée après les hémorragies.

Dans les mêmes conditions le malade a quelquefois des pertes de mémoire passagère.

Le malade a trois ou quatre mictions la nuit. Les urines sont de

couleur claire et d'abondance normale, 1,200 grammes et contiennent un peu d'indican et une proportion notable d'urobiline. Un peu d'urohématine.

La température est normale, plutôt même un peu basse, entre 37° et 36°5.

22 mai. — Le malade a eu hier encore une épistaxis assez abondante. Le refroidissement des doigts s'accentue surtout à l'index gauche ; les deux dernières phalanges des doigts sont absolument exsangues.

Le malade titube en marchant ; il lui passe comme des flammes devant les yeux.

Régime. — Légumes, viandes blanches, lait, 6 capsules d'extrait hépatique par jour. 2 gr. 50 en tout.

24. — Encore quelques hémorragies la nuit dernière, par la narine droite et le nævus de la joue gauche.

25. — Urines pâles et abondantes.

2 litres le 22.
2 lit. 1/2 le 23.
2 litres le 24.
Un louche d'albumine.
D — 1016.

Le malade est conduit à la consultation rhinologique de l'hôpital Saint-Joseph où on constate une ulcération de la cloison du côté gauche. A droite, deux régions très vasculaires de la dimension de grain de millet siégeant sur le cornet inférieur droit.

27. — Epistaxis des deux narines dans la journée d'hier.

Le malade se met au régime lacté exclusif.

Suppression de l'extrait de foie.

Les épistaxis se produisent toujours avec la même fréquence et surtout vers le matin.

2 juin. — Note de l'hôpital Saint-Joseph (Dr Chatellier).

« Les cautérisations à l'acide chromique ont peu d'action à cause de la diffusion des lésions sur toute la muqueuse pituitaire. »

4. — Le malade n'a pas eu d'épistaxis hier.

7. — Petite épistaxis en faisant des efforts.

8. — Epistaxis plus abondante, le malade reçoit deux œufs par jour.

11. — Le taux des urines est tombé à 1,500 grammes et 1,000 grammes depuis le 4 en raison d'une diarrhée assez intense.

12. — De 5 h. 1/2 à 6 h. 1/4 du matin, le malade est pris d'une épistaxis abondante.

Obs. IV. (Due à l'obligeance de M. le Dr Lippman). — *Cholémie familiale. — Nœvus artériel.*

M. X..., 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère cholémique, subictérique, neurasthénique et dyspeptique.

Antécédents cholémiques. — Ictère à l'âge de 21 ans. Neurasthénie cholémique, dyspepsie hyperpeptique, foie un peu gros.

M. X... a le teint pâle et a le visage marqué de taches de rousseur. Il porte à la racine du nez, du côté droit, un nævus artériel petit, mais nettement étoilé, animé de battements, de couleur rouge, qui tranche sur le fond uniformément pâle du visage.

Le nævus semble congénital.

Obs. V. — *Cirrhose hépatique. — Tuberculose péritonéale à évolution aiguë. — Nœvi artériels.*

H. Claude. Les nævi artériels de la face et des muqueuses et les maladies du foie. *Société médicale des Hôpitaux*, 6 février 1903 (Obs. 1).

D.., 52 ans, entre le 10 juillet 1902 à l'hôpital Laënnec, salle Legroux, n° 1.

Pas d'antécédents éthyliques. — Douleurs au niveau du foie il y a 10 mois, dyspepsie. Régime lacté. Il y a 4 mois ascite brusquement développée en 8 jours. Troubles digestifs, épistaxis, dyspnée, constipation. Le malade s'alita et l'ascite diminua, mais reparut 8 jours avant l'entrée à l'hôpital.

18 juillet. — Ascite manifeste, circulation collatérale. Rate augmentée de volume ; respiration plus rude au sommet droit, amai-

grissement, température, 38°5 le matin, 39° le soir. Langue saburrale, rouge sur les bords. Urines rares, foncées, non albumineuses, pas de sucre, pigments biliaires.

Teinte subictérique des téguments et des muqueuses. Sur les membres supérieurs, on constate, au niveau des avant-bras, des taches d'un rouge vineux, entourées d'un réseau de capillaires dilatés et ramifiés en tête du méduse. Ces taches s'effacent en général à la pression, quelques-unes ne disparaissent pas complètement. Ce sont les télangiectasies bien connues dans les cirrhoses avec ascite. On en retrouve sur le front, le nez et sur les pommettes avec les mêmes caractères.

La lésion sur laquelle nous attirons l'attention est une petite nodosité du volume d'un grain de millet, régulièrement arrondie, d'une colaration rouge et légèrement violacée, entourée d'une auréole de capillaires sinueux et dilatés. Cette petite tumeur est située sur le rebord cartilagineux du pavillon de l'oreille droite, elle est nettement *animée de battements* ; elle fut excoriée il y a 15 jours et donna lieu à une *hémorragie* très abondante.

Sur la face dorsale de la main gauche, on trouve de même, au milieu d'une tache rouge vineux formée de capillaires ectasiés, une petite tumeur également saillante, mais moins développée que la précédente. Enfin, sur la partie droite du front, on constate la présence d'un troisième nævus rouge, saillant, auréolé, battant sous le doigt.

Sur le tronc et l'abdomen, on voit quelques petites taches rubis, plane, ne s'effaçant pas à la pression.

Les jours suivants, l'état de la malade s'aggrava peu à peu, on dut faire plusieurs ponctions qui évacuèrent un liquide de plus en plus louche et même hémorragique, contenant à côté de nombreux globules rouges des leucocytes avec prédominance de lymphocytes. Dans les premiers jours d'août, la cachexie était très prononcée, la température restait toujours élevée, la langue était desséchée ; la malade présentait une teinte subictérique ; le sérum sanguin et les urines contenaient des pigments biliaires.

Les petites tumeurs érectiles étaient plus saillantes ; certaines télangiectasies qui s'effaçaient primitivement à la pression, ne se

modifiaient plus sous le doigt. Sur là paroi postérieure du pharynx, sur les piliers et le voile du palais, on constatait de nombreuses arborisations vasculaires au milieu desquelles on distinguait de petits nodules rouge violacé plus saillants, bien limités. La pression artérielle était constamment au dessous de 12 centimètres.

La malade succomba le 1er septembre. Autopsie.

Obs. VI. — *Cirrhose alcoolique et tuberculeuse. — Tuberculose pulmonaire. — Nœvi artériels.*

(H. Claude. *Soc. méd. hôp.*, 6 février 1903 (obs. II).

R..., 42 ans, ménagère, entrée le 22 août à l'hôpital Laënnec.

Mère morte d'une cirrhose du foie. Pleurésie droite il y a deux ans ; excès alcooliques. Malade depuis le mois d'avril, fit un premier séjour à Laënnec à cette époque et fut soignée pour tuberculose pulmonaire. A commencé à présenter une teinte légèrement ictérique au mois de juin, puis constate une grande augmentation de volume du ventre, ressent des douleurs dans les reins ; la diarrhée, les épistaxis et les crachements de sang l'engagent à entrer à l'hôpital.

Symptômes constatés : Ascite légère, circulation collatérale, météorisme, ventre douloureux. Foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. Rate grosse. Téguments et muqueuses légèrement ictériques.

Selles légèrement décolorées par moments. Urines foncées, ni sucre, ni albumine, pigments rouge brun, urobiline. Sur les téguments on constate quelques petits angiomes plans, rouge vif, au niveau du dos, de l'abdomen et de la face interne des cuisses.

Sur la partie gauche du front, on remarque la présence d'un petit nodule, de la grosseur d'un grain de chénevis, irrégulier, framboisé, rouge vineux. On en trouve un autre sur la joue à 3 centimètres au-dessous de l'œil droit. Ces petites saillies sont animées de battements nettement perceptibles au doigt et entourés d'une auréole de capillaires sinueux, dilatés et confluents. Pas de nævi ni de varicosités dans la bouche ou sur le pharynx.

Le sérum contenait des pigments biliaires.

Pendant les semaines qui suivirent, l'état de la malade s'améliora ; elle put quitter l'hôpital le *19 octobre*. Les petites tumeurs du front et de la joue existaient toujours, mais les battements n'étaient plus perceptibles.

Obs. VII. — *Alcoolisme, cholémie, tuberculose pulmonaire, nœvi artériels.*

H. Claude. *Soc. méd. Hôp.*, 6 février 1903 (Obs. III).

L..., 44 ans, blanchisseuse, salle Legroux, n° 17, hôpital Laënnec.

Épistaxis fréquentes dans sa jeunesse ; phénomènes de dyspepsie acide, pituites, ballonnement du ventre, buveuse de vin. Tuberculose pulmonaire remontant à deux mois caractérisée par la dyspnée, la toux, l'expectoration abondante, pleurite, râles sous-crépitants et broncho-égophonie à la base du poumon droit. Bacilles de Koch dans les crachats. Craquements au sommet droit. Foie et rate difficiles à apprécier par suite du météorisme abdominal. Teinte subictérique des téguments, sérum sanguin fortement teinté, absorption très prononcée de toute la partie droite du spectre ; Gmelin douteux. Rien d'anormal dans les urines.

Sur le dos du nez, on constate de nombreuses arborisations vasculaires ainsi que sur les pommettes. Par places, ces varices capillaires sont confluentes et aboutissent à de petits nodules rougeâtres. Parmi ceux-ci, il faut signaler un nævus particulièrement saillant vers la pointe du nez, nettement arrondi, gros comme un grain de millet violacé, de consistance molle, dépressible. La saillie s'efface sous la pression du doigt, mais la coloration violacée persiste. Il n'y avait pas de battements dans la première quinzaine d'août. On les a perçus plus tard. Sur le reste du dos du nez, il existe des télangiectasies rosées disparaissant à la pression, mais plusieurs petits nodules peu saillants, violacés, persistent lorsque le doigt les comprime. Sur la joue, nombreuses varicosités ; un peu au-dessus de la lèvre, on note une saillie entourée d'une auréole de capillaires pressés les uns contre les autres et de coloration rosée. Cette saillie,

de coloration violacée, est nettement pulsatile. La pression du doigt ne la fait pas disparaître. D'autres petits nodules non pulsatiles entourés d'une auréole de capillaires se distinguent sur la face antérieure du poignet droit et le dos du pouce gauche. Sur l'abdomen et le thorax enfin, on distingue de petits angiomes ou taches rubis, bien limités, sans auréole, et qui auraient toujours existé.

Obs. VII. — *Alcoolisme, cholémie, nævi artériels.*

H. Claude. *Soc. méd. des Hôp.*, 6 fév. 1903 (Obs. IV). Due à l'obligeance de M. P. Bloch, interne des hôpitaux.

R..., 43 ans, matelassière, hôpital Laënnec, salle Legroux, n° 2. Symptômes d'alcoolisme chronique, épistaxis assez abondantes depuis deux mois. Douleurs dans la région du foie qui est gros. Rate assez grosse. Teinte subictérique des téguments. Sérum fortement teinté paraissant contenir des pigments biliaires au spectroscoque. Urines normales. Rien au cœur ni aux poumons.

Présente depuis longtemps un purpura récidivant qui disparut par le repos; phénomènes nerveux paraissant relever d'une hystérie, peut-être d'origine toxique. Sur la lèvre supérieure, au-dessous de l'aile du nez, à droite, petite saillie de la grosseur d'un tout petit pois, entourée d'une zone de capillaires, dilatée, molle, dépressible, d'un rouge violacé, animée de battements. Cette saillie a apparu il y a 6 mois, a augmenté peu à peu de volume. La malade ayant accouché il y a 2 mois, une hémorragie abondante s'est produite, qui s'est prolongée pendant 4 heures ; l'hémorragie s'est reproduite une dizaine de fois les jours suivants.

La malade n'a pu être suivie.

Obs. IX (Résumée).

(Léopold Lévi. Contribution à l'étude du délire au cours des affections hépatiques. *Arch. gén. de méd.*, fév. 1896).

Alcoolisme. Cirrhose atrophique. Tuberculose granuliqae des

séreuses. Délire à pathogénie complexe. Télangiectasie cutanée. Pleurésie pseudo-hémorragique. Tachycardie. Absence d'ascite.

Mme Eugénie L..., âgée de 58 ans, concierge, entre le *12 décembre* 1895, salle Grisolle, lit n° 1, dans le service du Dr Hanot.

18 décembre 1895. — La malade paraît accablée. Elle se remue difficilement dans son lit.

Le visage est couperosé et présente sur le front et le menton des plaques de coloration rouge, légèrement oscillantes et squameuses, siège d'un léger prurit. Les pommettes sont le siège de varicosités très apparentes sur la face dorsale de la main droite, on remarque sur la ligne médiane, à la hauteur des articulations carpo-métacarpiennes, une tache de couleur rouge vineux, figurant une lame longue d'environ 5 millimètres, large de 1/2 millimètre, de laquelle partent en divergeant et en se ramifiant des arborisations. Dans son ensemble, la tache a l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Elle pâlit et s'efface momentanément sous la pression pour reparaître aussitôt après.

La tension artérielle est de 15 centimètres.

A l'autopsie, l'angiome signalé au niveau de la main a disparu.

Obs. X (Personnelle). — *Nævus artériel. — Paludisme. — Gros foie.*

Enfant H..., âgé de 8 ans, à Courd... (S.-et-O.). Cet enfant qui porte un nævus artériel des plus caractérisés à la racine du nez, nævus congénital, est atteint de paludisme qui se manifeste à intervalles éloignés par des accès fébriles, avec état digestif très accusé, *gros foie*, *grosse rate*, tous phénomènes qui disparaissent promptement sous l'influence de la quinine. Le nævus artériel est particulièrement apparent au moment des accès.

Obs. XI (Personnelle). — *Ictère. — Albuminurie puerpérale.*

R..., Henriette, âgée de 23 ans. Entrée le 5 avril 1904, à l'infirmerie de la Maison départementale de Nanterre. Chirurgie femmes (accouchement).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Mère bien portante âgée de 44 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein par sa mère.

A 4 ans, fièvre typhoïde.

A 13 ans, au moment de sa formation, attaque de rhumatisme articulaire aigu.

A 13 ans, premières règles ; depuis, toujours mal réglée, abondamment mais sans régularité.

A 19 ans, seconde attaque de rhumatismes, séjour de 1 mois à la Pitié.

A 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour accoucher. A son entrée on constate la présence d'albumine dans l'urine. Accouchement normal, enfant à terme. Pendant 11 jours, Henriette R... est mise au régime lacté absolu et sort au bout de ce temps n'ayant plus d'albumine. A nourri son enfant pendant deux ans. Quoique relativement bien portante, Henriette R... se plaint depuis longtemps déjà de troubles digestifs, pesanteurs stomacale, digestions pénibles, maux de tête, épistaxis fréquentes.

Entre le *5 avril 1904* à l'infirmerie de la Maison départementale pour accoucher. Accouchement normal d'une fille à terme, bien portante.

Depuis son accouchement, R... a de l'albumine dans l'urine en quantité très notable. Régime lacté.

16 avril. — La malade se plaint de douleurs abdominales, de malaise, de troubles digestifs.

Elle a la langue saburrale. A la palpation on trouve son ventre sensible dans toute son étendue avec résistance musculaire. Au niveau de l'utérus, la douleur n'est pas plus accusée. D'ailleurs, l'utérus est parfaitement revenu et dépasse peu la symphyse pubienne ; il n'y a plus d'écoulement vaginal si ce n'est un léger suintement sanguin sans odeur.

Au niveau de l'hypochondre droit se trouve un point particulièrement douloureux, spontanément et accentué par la pression. A la percussion, sur la ligne mamelonnaire, on trouve une matité hépatique de 12 centimètres environ.

Le *10 avril* notre attention avait été attirée, alors que R... ne se plaignait d'aucun trouble, par deux petites taches vasculaires situées à la face, l'une à droite à environ 2 centimètres au dessous de l'angle externe de l'œil, l'autre à gauche à 3 centimètres au dessous de l'angle externe de l'œil. Interrogée à ce sujet, R... ne se rappelait pas avoir jamais remarqué ces taches.

Elles sont aujourd'hui beaucoup plus accentuées et offrent tous les caractères des nævi artériels : élevure centrale ou plutôt point central d'un rouge violacé, et nombreuses angiectasies radiées d'un rouge plus vif.

Le plus volumineux de ces nævi est animé de battements. La face de la malade est rouge et examinée de près se montre sillonnée de dilatations capillaires.

Température normale. Pouls : 76, régulier, petit et mou.

Urines de 24 heures : 1100 grammes ; troubles, foncées. L'examen des urines révèle la présence d'albumine en assez grande quantité et donne une réaction de Gmelin très légère quoique perceptible.

18 avril. — La malade présente une teinte subictérique des conjonctives et de la face inférieure de la langue. L'état général est sensiblement le même.

Urines : 1200 grammes, mêmes réactions que précédemment ; température normale.

Du *18 au 22.* — L'état reste le même quoique les phénomènes douloureux s'amendent peu à peu. Les urines oscillent comme quantité entre un litre et 1300 grammes.

22 avril. — Il se produit une amélioration sensible, la langue se nettoie, la douleur disparaît complètement et les urines montent comme quantité à 2 litres 1/2, beaucoup plus claires et limpides. Réaction de Gmelin. Les étoiles vasculaires de la face se sont atténuées considérablement.

Pendant 3 jours les urines des 24 heures restent comme quantité à 2 litres 1/4, 2 litres 1/2, puis reviennent à une moyenne de 1500 grammes.

Nous avons revu plus tard cette malade tout à fait rétablie. A la place qu'occupaient précédemment ses nævi, il ne restait comme

traces qu'une petite rougeur invisible pour un observateur non prévenu. Il est probable qu'une nouvelle poussée toxi-infectieuse remettrait en évidence ces nævi momentanément éteints.

Obs. XII (personnelle). — *Néphrite chronique. — Cholémie. — Nœvus artériel.*

L..., âgé de 60 ans, journalier.

Entré le 20 avril 1904 à l'infirmerie de la Maison départementale de Nanterre, dans le service de M. le Dr Laugier.

Antécédents héréditaire. — Mère morte à 46 ans, hydropique. Père mort à 52 ans de cause inconnue.

Un frère et une sœur bien portants, trois morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au biberon par une nourrice. Pas de maladies de l'enfance.

Service militaire pendant 4 ans et 8 mois sans maladie.

L... ne se rappelle pas avoir jamais été malade, n'a jamais eu la jaunisse, n'a jamais contracté, dit-il, de maladie vénérienne.

L... a déjà fait un séjour de 12 jours, il y 2 mois, à l'infirmerie de la Maison départementale pour albuminurie. Son affection s'était manifestée au début par des fourmillements dans les pieds, de la faiblesse, des maux de tête, de l'œdème des jambes. Il était sorti après un régime lacté absolu, exempt d'albuminurie.

Ce malade accuse, le 20 avril, une grande faiblesse et sollicite son admission.

Son aspect est le suivant : taille et embompoint moyens, poil généralement roux, teinte générale de tout le corps jaunâtre, taches pigmentaires en très grande abondance à la face et à la face dorsale des mains. La peau est sèche. Les membres inférieurs sont très variqueux ; il y a pas d'hémorroïdes ni de varicocèle. Sur l'abdomen et le thorax, on observe une grande quantité de petit nævi capillaires irrégulièrement répartis.

La face est sillonnée de petits vaisseaux dilatés, et porte sur la joue droite un nævus artériel bien caractérisé. L'élevure centrale est de la dimension d'un grain de mil, saillante, violacée, les an-

giectasies radiées sont rouges. On perçoit des battements au niveau de la partie centrale.

Interrogé sur ce nævus, le malade dit qu'il n'y a jamais fait attention, que d'ailleurs, depuis de nombreuses années, il ne se préoccupe plus de son aspect extérieur.

L... ne semble pas alcoolique et se trouve fort bien du régime lacté même absolu. Il n'a pas de troubles digestifs, ni d'hémorragies.

A la percussion son foie donne, sur la ligne mamelonnaire, une hauteur de 10 centimètres.

L'urine examinée par M. Ogé, interne du service, contient une forte quantité d'albumine, ne donne pas la réaction de Gmelin, mais présente une notable quantité d'urobiline.

Malgré sa néphrite, le malade a un pouls régulier à 64, petit et facilement dépressible.

Une fois débarrassé de son albuminurie, L.. passe en chirurgie dans le service de M. le Dr Raymond, et consent à se laisser enlever son nævus.

Nous faisons une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de cocaïne, circonscrivant le nævus, et nous l'extirpons dans sa totalité aussi profondément que possible. La section de la peau à la périphérie ne donne lieu qu'à une insignifiante hémorragie en nappe, mais, lorsque nous sectionnons profondément, ce qui peut être considéré comme le pédicule du petit angiome, il se produit une hémorragie en jet saccadé, à sang rutilant, telle que nous appliquons une pince à forcipressure puis un fil de catgut. La plaie est réunie par deux agrafes de Michel. Cicatrisation parfaite sans hémorragie.

Nous n'avons pu recueillir du sang de L..., mais sa cholémie est surabondamment prouvée par son urobilinurie, cholémie que sa néphrite interstitielle seule a pu provoquer.

Obs. XIII (personnelle). — *Cirrhose alcoolique. — Nævus artériel.*

M. V..., âgé de 42 ans, ébéniste.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, âgé de 71 ans, atteint de varicocèles et d'hypertrophie de la rate (?)

Mère morte à 66 ans d'angine de poitrine.

Antécédents personnels. — Alcoolisme. Il y a 8 mois, M. V. . a subi les premières atteintes de sa cirrhose. Celle-ci s'est manifestée au début par des hémorragies multiples, des crachements de sang, de la douleur au niveau du foie. Ascite considérable, œdème des jambes. Les phénomènes traités par le calomel ont cédé.

Aujourd'hui *17* juin, M. V... présente une teinte nettement ictérique des conjonctives et des téguments. Son foie mesure sur la ligne mamelonnaire, 8 centimètres de hauteur. Il a encore un peu d'ascite.

Depuis 2 mois seulement on remarque sur le front, à droite, un nævus artériel dont les battements sont très accusés. Sur la face, nombreuses varicosités.

Nævi capillaires du thorax et de l'abdomen. Varices des membres inférieurs.

Les urines sont foncées et contiennent des pigments biliaires.

Pouls fort et plein à 96°.

Il y a 15 jours, M. V. . a été atteint d'une épistaxis abondante.

La présence de ce nævus et de l'apparition cette épistaxis nous portent à croire, étant donné que notre malade continue à boire, qu'un retour offensif de la maladie est imminent.

Obs. XIV (personnelle). — *Cholémie, artério-sclérose, nœvi artériels.*

D. . , lit n° 28, salle n° 4, 4e section de la maison départementale de Nanterre, âgé de 76 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte très jeune ; père, au contraire, mort très vieux.

Antécédents personnels. — Le sujet ne se rappelle pas avoir jamais été malade, il n'a pas eu de jaunisse, pas de troubles digestifs, pas d'épistaxis.

D... est grand, très maigre, de teint foncé, terreux. Les jambes

ne sont pas variqueuses, il n'y a ni hémorroïdes ni varicocèles. Il a cependant toutes les apparences d'un cholémique ; peau sèche, fortement pigmentée, surtout à la face dorsale des mains et à la partie supérieure du thorax, conjonctives jaunâtres. Il accuse des démangeaisons sur le thorax et la région épigastrique et porte d'ailleurs de nombreuses lésions de grattage. Le thorax et l'abdomen présentent des petits nævi capillaires abondants.

La face quoique généralement pâle est sillonnée, surtout aux joues et sur le nez, de dilatations capillaires et, de plus, porte trois nævi artériels situés, l'un à droite, à la partie inférieure de la joue, les deux autres à gauche, proches de l'angle externe de l'œil. Les nævi sont très développés, surtout à leur partie centrale qui est franchement bleue.

Les battements sont perceptibles dans les trois, mais sont plus accusés dans le moins volumineux, celui de droite.

D... raconte que ses nævi remontent, comme origine, tellement loin qu'il ne ne s'en souvient plus, mais qu'ils se sont accrus dans de fortes proportions.

D..., n'est ni alcoolique ni syphilitique..

Urines normates comme quantité et qualité.

La piqûre du doigt ne donnant pas une quantité de sang suffisant pour l'examen du sérum, nous pratiquons une petite saignée au pli du coude.

Le sérum recueilli a été examiné par M. Herscher suivant la méthode de Gilbert, Herscher et Posternack et a révélé la présence de bilirubine en forte proportion, 1 p. 18,000.

Le foie de notre sujet est légèrement abaissé et dépasse d'environ un à deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. Sa consistance est dure. La ligne de matité du foie sur la ligne mamelonnaire est de 10 centimètres.

Obs. XV (Personnelle). — *Cholémie. — Nœvus artériel.*

M. C..., surveillant à la Maison départementale de Nanterre. Agé de 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans, présentant de

l'ascite et des œdèmes considérables des membres inférieurs. Mère morte à 47 ans d'un néoplasme stomacal. Cinq frères et sœurs bien portants, six morts par accident.

Antécédents personnels. — Né à terme. Bonne santé pendant l'enfance, pas de jaunisse. A 16 ans, poussée furonculeuse. Trois ans de service militaire sans maladie. Aucune trace d'alcoolisme.

En 1897, M. C... fut atteint de fièvre typhoïde. Cette maladie débute par des troubles dyspeptiques et dure six semaines. Le sujet ne se rappelle pas avoir eu de complications hépatiques. La convalescence fut normale. Cependant, depuis ce temps, notre malade est sujet aux troubles dyspeptiques, aux névralgies intercostales et souffre d'épistaxis fréquentes.

Examiné aujourd'hui, M. C... quoique roux de poil et assez fortement coloré, présente un teint uniforme qui tire visiblement sur le jaune. La paume des mains offre une coloration jaune plus prononcée. Sa face regardée de près est sillonnée sur toute sa surface de dilatations vasculaires. Sur son nez, à la partie médiane de la face dorsale, existe un nævus artériel des plus nets à élevure centrale, radiations nombreuses, surface totale de 8 millimètres environ. La pulpe du doigt appliquée sur ce nævus le fait momentanément disparaître. On sent des battements très facilement perceptibles.

Ce nævus, que rien ne faisait prévoir auparavant, date de la fièvre typhoïde ci-dessus mentionnée et a des tendances de plus en plus marquées à s'accroître. Les organes, foie, cœur, poumons, semblent normaux. Pouls régulier n'offrant rien de particulier.

L'urine claire et limpide ne renferme pas d'albumine, mais une quantité notable d'urobiline.

L'examen du sang a donné comme proportion de bilirubine dans le sérum : 1 p. 30,000.

CONCLUSIONS

I. — Conformément à l'opinion de MM. Gilbert et Herscher, il existe, à côté des nævi capillaires, des angiomes cutanés et muqueux que nous appellerons, avec ces auteurs, *nævi artériels*, nous basant pour justifier cette appellation sur leur structure histologique et sur leurs caractères cliniques. L'évolution de ces télangiectasies nous fait croire que la lésion porte primitivement sur les ystème artériel, c'est pourquoi nous considérons l'épithète « artériel » comme non seulement commode, mais encore histologiquement exacte.

II. — Les nævi artériels sont congénitaux ou acquis ; dans l'un et l'autre cas ils présentent les mêmes symptômes ; il n'y a donc pas lieu de les désigner par des noms différents. Ces deux ordres de productions évoluent de la même façon, tantôt vers la disparition complète ou momentanée, tantôt, et le plus souvent, vers l'accroissement.

III. — Les nævi artériels ne sont ordinairement le siège d'aucun trouble fonctionnel.

IV. — Leurs complications sont rares. Cependant on peut les voir donner naissance à des anévrysmes cirsoïdes ; ils peuvent ulcérer les téguments et alors

donner lieu à des hémorragies graves par leur abondance et leurs répétitions. Exceptionnellement ils nécessiteront une intervention chirurgicale, qui, alors, devra être l'extirpation pure et simple.

V. — Les nævi artériels sont très fréquents au cours des cirrhoses et semblent être en relations intimes avec ces affections, se montrent lorsqu'elles prennent de l'extension, s'effaçant ou disparaissant lorsqu'elles s'atténuent ou guérissent. En dehors des cirrhoses, chez tous les sujets porteurs de nævi artériels, il est possible de déceler suivant les procédés mis récemment en lumière par M. Gilbert et ses élèves, une tare de la glande hépatique ou de l'appareil biliaire, suffisants pour expliquer la présence de ces productions morbides.

Nous répèterons ici les conclusions du travail de MM. Gilbert et Herscher : « Les nævi artériels sont nettement en rapport avec des affections du foie ou des voies biliaires, avec les cirrhoses alcooliques en particulier, mais nous avons pu les constater aussi dans les cirrhoses tuberculeuses, dans les cirrhoses biliaires et même dans la cholémie simple familiale (deux cas). L'origine de ces nævi paraît, de prime abord, beaucoup plus obscure ; mais pour qui sait dépister les maladies du foie et des voies biliaires, par une enquête approfondie sur les antécédents personnels et familiaux des malades, par l'étude de l'état fonctionnel du foie, par l'exploration de l'état anatomique de cet organe, de la rate, par la recherche enfin de la bile dans le sérum sanguin, les connexions de ces productions avec un état pathologique du foie ou des voies biliaires ne sont pas douteuses.

Par quel mécanisme, d'ailleurs, les capillaires et les artères se modifient-ils pour donner naissance à des tumeurs angiomateuses, c'est un point à éclaircir. Toutefois, certains faits nous porteraient volontiers à incriminer plutôt la cholémie qu'un trouble fonctionnel du foie. »

VI. — Les nævi artériels ont une grande valeur diagnostique et pronostique. Leur présence doit toujours, chez un individu sain en apparence, attirer l'attention du côté de son foie ; leur apparition ou leur accroissement au cours d'une maladie de foie confirmée fait présager une aggravation de la maladie.

Vu :
Le Président de la Thèse,
GILBERT.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bell (**J.**). *Principle of surgery.*

Bæckel. Art. erect. *Dict.* Jaccoud.

Borrel (**L**). *Ictères acholuriques.* Thèse de Paris, 1899.

Bouchard. *France médicale*, nº 36, 1889.

— *Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences*, Marseille, 1891.

Bouchard. *Rev. de méd.*, oct. 1902.

Broca. *Traité des tumeurs*, t. II.

Brocq et **Jacquet.** *Dermatologie.*

De Bruin. Anal in *centr f. Klin. med.*, 1890.

Charrin. *Pathologie générale* de Bouchard, t. III, 1re partie.

Chauffard. *Traité de médecine.* Charcot, Bouchard, t. V.

Claude (**Henri**). *Soc. méd. des Hôpitaux*, 6 févr. 1903.

Debove et **Courtois-Suffit.** *Soc. méd. des hôp.*, 17 oct. 1890.

Devaux. Thèse Paris, 1903.

Gaucher. *Leçons sur les maladies de la peau.*

Gerdy. *Clinique pratique*, t. II, Paris, 1852.

Gilbert et **Garnier.** *Presse médicale*, 1899, p. 57.

Gilbert et **Fournier.** *Pathologie générale*, de Bouchard, t. IV, juin 1897.

Gilbert et **Lereboullet.** *Soc. méd. des hôp.*, 2 nov. 1900.

— — Id. id. 17 mai 1901.

Gilbert, Lereboullet et **Herscher.** *Soc. de Biol.*, 22 juin 1901.

Gilbert et **Hescher.** *Origine rénale de l'urobiline.* Presse médicale, août. sept. 1902.

Gilbert et **Herscher.** *Origine rénale de l'urobiline.* Soc. de Biol., juin 1902.

Gilbert et **Herscher.** *Surcoloration du sérum dans la néphrite interstitielle, cholémie et ictère d'origine rénale*, Soc. de biol., 1902.

Gilbert et **Herscher.** *Soc. biol.*, 31 janv. 1903.

Gilbert, Herscher et **Posternack.** *Soc. biol.*, 2 mai 1903 et 12 mai 1903.

Hanot. Thèse de Paris, 1876.

Hanot et **Gilbert.** *Soc. méd. des hôp.*, mai 1890.

Herscher. *Origine rénale de l'urobiline.* Thèse de Paris, juil. 1902. G. Steinheil, éditeur.

Kaposi. *Maladies de la peau*, trad. Besnier et Doyon, t. II.

Laboulbène. Thèse sur *le nævus*, 1854.

Lévi (**Léopold**). Thèse de Paris, 1896.
— *Arch. gén. de médecine*, févr. 1896.
Michaux. *Traité de chirurgie.* Duplay, Reclus, t. II.
Michel (**L.**). Thèse Paris, 1902
Osler. The signifiance of cutaneous angiomata. *Medical News*, 10 juin 1903.
Petit (**J.-L.**). *Œuvres posthumes*, 1774.
Porta, *Dell' angiectasia*, Milena, 1861.
Quénu. *Traité de chirurgie.* Duplay, Reclus, t. I.
Rayer. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. III.
Rist (**E. de**). *Pratique dermatologique* de Besnier, t. III.
Robin. Mémoire sur l'anatomie du tissu érectile. *Société de biologie*, 1859.
Stenkewitch. Thèse Paris, 1904. G. Steinheil, éditeur.
Terrier. Thèse d'agrégation, 1872.

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon, rue de la Préfecture.